

# **Universitat de Lleida**

*Prevención del embarazo en adolescentes*

Per: *Mariona Puente*

## **Facultat d'Infermeria**

*Grado en Enfermería* □

Treball presentat a: *Miguel Ángel Escobar*

*Trabajo de fin de grado*

*2012-2013*

*15.05.2013*

## **ÍNDICE**

1. Introducción.....	3
2. Marco teórico: .....	4
2.1 Conceptos .....	4
2.2. Factores predisponentes/determinantes del problema.....	6
2.3. Epidemiología del problema .....	8
2.4. Revisión crítica de la bibliografía y análisis de los estudios sobre el tema ...	10
3. Justificación:.....	14
4. Objetivos:.....	14
5. Metodología: .....	14
5.1 Población diana: .....	14
5.2 Profesionales de la salud a los que va dirigido: .....	14
5.3 Metodología de búsqueda: .....	15
5.4 Síntesis de la evidencia encontrada .....	16
6. Intervención.....	18
7. Evaluación de la intervención .....	36
8. Discusión .....	39
9. Conclusiones .....	40
10. Bibliografía .....	41
11. Anejos.....	43

## **1. Introducción**

Los embarazos en la edad adolescente están cada vez más de actualidad debido a la gran incidencia de las relaciones sexuales tempranas y del mal uso que se hace de los métodos anticonceptivos y de la información sexual. El exceso de información, la publicidad, el temor a preguntar o a hablar sobre la sexualidad, baja autoestima, consumo de alcohol y drogas, la desinhibición y el abandono escolar (entre otros factores) provocan un inicio precoz de las actitudes de riesgo en los jóvenes, aunque cabe mencionar que este problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y se han realizado muchas investigaciones sobre el asunto, pero ninguna de ellas ha podido resolverlo, lo que ha causado que se haya expandido considerablemente en nuestro país (1).

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. El problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo el embarazo en los adolescentes sigue siendo elevado (2).

La mayor parte de los embarazos en la adolescencia no son intencionales y se deben a la combinación de conductas de riesgo, falta de conocimiento en el campo reproductivo y la creencia general de que se cuenta con invulnerabilidad, es decir, que es “imposible que algo le ocurra a la persona” o que eso “solo pasa a los demás pero no a mí”.

Según la teoría de Erickson (3), del desarrollo social, la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad. Los adolescentes deben transformarse en personas por derecho propio, individuos responsables de su propia vida y que saben quiénes son. La principal tarea del desarrollo durante la adolescencia es resolver el conflicto entre alcanzar la propia identidad y evitar la difusión de la misma. La formación de la personalidad durante la adolescencia puede influenciarse por la manera en la que se vivieron las etapas anteriores de desarrollo.

## 2. Marco teórico:

### 2.1 Conceptos

**Adolescencia.** Se llama adolescencia al periodo comprendido entre los 11 y los 19 años, en el cual la persona experimenta una serie de cambios (tanto físicos como psicológicos) que le van a llevar a la etapa adulta. El desarrollo de los niños entre estas edades no está solamente determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan en su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales.

Se puede entender como una etapa de transición (4).

- En la **pre-adolescencia** (de los 8 a los 11 años) se produce un crecimiento desigual de los huesos, músculos y órganos. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría. Comienzan los pensamientos lógicos, capacidad para acumular conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Comienza a comprender lo que es justo y la negociación. No siempre se ve reflejada su capacidad moral en su comportamiento. El concepto sobre sí mismos, es en gran medida influido por las relaciones con los miembros de la familia, profesores y en mayor medida con sus compañeros. Eligen amigos que posean los mismos gustos y aficiones que ellos. Se forman pandillas que pueden excluir a otros niños.
- En la **primera etapa de la adolescencia** (entre los 11 y los 15 años) comienza la llegada de la pubertad, que es distinta según cada persona. Se desarrolla los órganos sexuales, cambios en la voz y la posible aparición de olor corporal. Es la época de mayor conflicto con los padres, tienen una mayor tendencia al egocentrismo y cuestionan gran parte de los principios sociales, morales y/o éticos. Suelen buscar los estereotipos de hombre o de mujer. Desarrollan preocupaciones relacionadas con los problemas de peso, piel, altura y el aspecto físico en general. Les importa mucho la opinión de los demás, sufren cambios fuertes de humor y tienen tendencia a olvidarse de las cosas. Buscan una identidad propia y la compañía de las personas de su alrededor. Rechazan las muestras de cariño, aunque las necesitan. Se rebelan contra las limitaciones de la disciplina de sus padres. Se condicionan las amistades a causa de los cambios que sufren, tendencia a compartir confidencialidades y a formar grupos. Se despierta el deseo sexual y, en algunos casos, pueden formarse parejas.
- En la **segunda etapa de la adolescencia** (de los 15 a los 19 años) la mayoría llegan a su altura y peso adulto. Pueden adoptar una nueva conciencia social ya que pueden entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que

ocurren más allá de su círculo social inmediato. Etapa algo contradictoria porque el desarrollo emocional y cognitivo no van al mismo paso, y por ello reivindican ciertos valores que violan a la vez. Forman su propia identidad. Tienen vulnerabilidad, la cual cosa los lleva a preocupaciones relacionadas con su imagen, y que pueden desembocar en depresiones y trastornos como la anorexia. Las amistades entre los chicos y las chicas empiezan a ser más frecuentes. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

**Pubertad.** Es el momento de la vida (5) en el que el niño o la niña madura sexualmente. El cambio físico suele ocurrir de maneras distintas según el sexo.

- Las niñas (entre los 10 y los 14 años) suelen ver la primera señal en el desarrollo de los senos. Otras señales son el crecimiento del vello en la zona del pubis y de las axilas, y la aparición de acné.
- Los niños (entre los 12 y los 16 años) experimentan un crecimiento de los testículos y el pene. Más tarde, la aparición de vello en el pubis y las axilas. Los músculos crecen, se agrava la voz, aparece acné y también vello facial.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales, especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades de diversas maneras.

La sociedad represiva es aquella que niega la sexualidad, considerando el sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines procreativos. Las manifestaciones de sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial (6).

La sociedad restrictiva tiende a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

La sociedad permisiva, tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en los países desarrollados.

Para la sociedad alentadora, el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es una de las causas de la separación de la

pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas de Pacífico.

Por ello, se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo a todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que hay que tener en cuenta ciertas consideraciones.

En los estratos medios-altos, la mayoría de adolescentes que quedan en estado de gestación la interrumpen voluntariamente.

En los estratos más bajos es donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, por lo cual es más común que lleven el parto a término (6).

## **2.2. Factores predisponentes/determinantes del problema**

Conocer los factores predisponentes y determinantes (6), permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención:

1. Menarquia temprana: otorga madurez reproductiva cuando aun no se manejan las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de las relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uni-parentales o conductas promiscuas, que ponen de manifiesto carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen más parte de sometimiento para recibir afecto que otra razón.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola.
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza, alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones recientes: con perdida del vinculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamiento idealizado: propio de esta etapa de la vida, en la que creen que no se quedaran embarazadas porque no lo desean.
8. Creencia de la esterilidad: pensamientos de que si no han quedado embarazadas en las primeras relaciones sexuales sin protección, son estériles.

9. Falta/distorsión de la información: es común entre adolescentes hacer circular mitos o rumores sobre las maneras de no quedarse embarazada (como, por ejemplo, el tan extendido uso de la “marcha atrás”).
10. Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía, y no piensas en las consecuencias.
11. Aumento del número de las adolescentes.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Todo esto lleva a un embarazo no deseado, que acarrea unas consecuencias (6) tanto para la madre, para el padre como para el hijo de una pareja adolescente:

- La madre. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos, como las posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil tener empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que normalmente se acaba formalizando la situación de manera forzada. En estratos sociales mediano-alto, la adolescente suele ser objeto de burla por su círculo de pertenencia. En cuanto al riesgo obstétrico que puede La anemia es la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y del desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de quince años, ya que coinciden los dos periodos de mayor demanda nutricional del ser humano. La segunda patología con más frecuencia es la infección urinaria, que contribuye al parto prematuro. La tercera, es el aumento de presión arterial o pre-eclampsia.
- El hijo. Tiene un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en las que se haya desarrollado la gestación. Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retraso en el desarrollo físico y emocional.
- El padre. Es frecuente la deserción escolar para poder hacer frente a la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y más mal remunerados. Todo ello ocasiona un trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de la paternidad.

### **2.3. Epidemiología del problema**

La encuesta nacional (7) que se realiza para la elaboración del informe del Instituto de la Juventud de España (INJUVE) señalaba que había claros cambios en el ámbito de las relaciones sexuales entre las y los jóvenes, de liberalización, e indicaba que con 21 años un 95% de las personas jóvenes ya habían tenido varias relaciones sexuales con penetración (anal o vaginal), (8). En esa misma línea, la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 (9), señaló una edad similar para el inicio de relaciones sexuales con penetración que el resto de encuestas de referencia: los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres, siendo su edad media de inicio de 16- 17, y de 17-18 años para las chicas. Las relaciones sexuales se inician a edades más tempranas y las diferencias entre mujeres y varones están desapareciendo.

Los nacimientos en España (10) durante el 2006 de madres menores de 20 años, fueron 13.700 (que corresponden al 7,15% del total de nacimientos de ese año) y los nacimientos de menores de 15 años fueron 167 (corresponde al 1,22% del total de partos en madres adolescentes). Se observa un incremento en la tasa de fecundidad de casi 6 puntos (7,81 por 13,6) y un aumento en madres menores de 20 años del 23% (85% en madres menores de 15 años). La tasa de fecundidad en adolescentes extranjeras, menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas.

En nuestro país existen importantes diferencias, en cuanto a las cifras absolutas del número de embarazos, entre las diferentes Comunidades Autónomas (véase Tabla 1) pero no obstante parece existir un factor común a todas ellas: la tasa de embarazo adolescente se mantiene, más o menos, estable observándose una cierta tendencia a su disminución y un incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo.



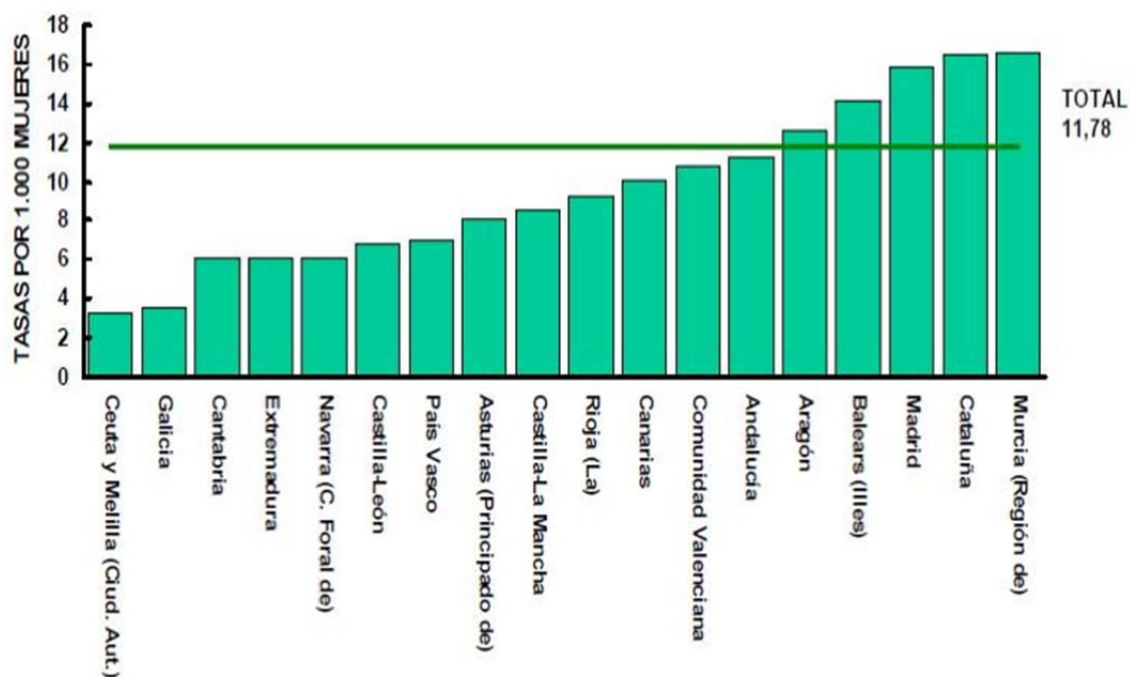


Tabla 1. Tasa de embarazos en adolescentes por Comunidades Autónomas. (CSIC, 2011)

En Cataluña, según datos de la Generalitat de Cataluña (11), la tasa de embarazos en adolescentes respecto al total de la población adolescente femenina es de 11,7% (2009).

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema de salud pública. Comporta una alta tasa de complicaciones maternas y fetales, y aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en adolescentes se convierte en un problema complejo, con un alto costo social y personal, que además tiene un efecto sinérgico, ya que magnifica los cambios de maduración, tanto en la adolescente como en su hijo.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios (12,13) que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las adolescentes menores de 15 años y las de 15 años y más. Se demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 15 y 20 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna.

## **2.4. Revisión crítica de la bibliografía y análisis de los estudios sobre el tema**

En un estudio (14) sobre el programa *TeenStar*, que se centra en el significado de la sexualidad en el amor humano, el significado de la relación sexual, la intimidad, educación de la asertividad y la voluntad, desarrollo físico y emocional del adolescente, anatomía del aparato reproductor femenino y masculino, el ciclo menstrual: ciclos menstruales y reconocimiento de la fertilidad, el inicio de la vida humana, talleres de orientación personal, métodos de planificación familiar: acción, efectividad, efectos secundarios y aspectos éticos, enfermedades de transmisión sexual; se tuvo por objetivo evaluar su efecto en la actividad sexual de adolescentes, aplicado durante un año académico, a jóvenes chilenos entre 12 y 18 años.

Se evaluaron específicamente tres aspectos principales: la tasa de actividad sexual, la tasa de discontinuación de actividad sexual y el número de razones para mantener la abstinencia sexual. El estudio abarcó a 934 estudiantes de enseñanza básica y media de 10 establecimientos educacionales de Chile. Para cuidar la diversidad, se escogieron en forma equivalente, colegios de diferente nivel socioeconómico y localización, laicos y religiosos, de hombres, mujeres y mixtos. Participaron adolescentes, padres y educadores. Se dividieron a los adolescentes en un grupo control (342 alumnos) que recibió la educación normalmente impartida por el colegio al que asistía y el grupo programa (398 alumnos) recibió 12 sesiones de una hora y media cada una, separadas por 15 días, impartidas por un profesor instruido sobre el programa.

Al realizar el análisis del efecto del programa en los jóvenes participantes se observó que la tasa de iniciación de vida sexual, es decir, la transición de virgen a no virgen fue de 15,3% por año en el grupo control versus 6,5% en los jóvenes participantes del programa. Al realizar el análisis por sexo, se observó que la tasa de iniciación para los hombres fue de 17,6% versus 8,8% en jóvenes control y programa, respectivamente ( $p < 0,004$ ); y para las mujeres fue de 12,4% en jóvenes control y 3,4% en jóvenes programa, respectivamente ( $p < 0,0001$ ). El tamaño de la muestra en estos casos fue menor al inicial (492 vs 740) ya que se incluyeron los alumnos que cumplieron con los criterios de haber contestado la pregunta de conducta sexual en ambos test y que las respuestas fueran concordantes, además de los criterios de inclusión analizados antes en este trabajo.

El 20% de los jóvenes programa sexualmente activos al inicio de éste discontinuaron su actividad sexual después de la intervención. Ello, en comparación con 9% del grupo control ( $p < 0,03$ ). Con respecto al grupo de jóvenes que ya habían tenido una relación sexual, pero que por diversas razones habían discontinuado su actividad sexual (mayor o igual a tres

meses de inactividad sexual), el estudio mostró que 11,7% reinició su actividad sexual al final de la intervención, no observándose un reinicio de la actividad sexual en los jóvenes programa ( $p < 0,04$ ).

Se puede observar que los resultados son realmente positivos comparando el inicio del estudio con el final de éste.

Por otro lado, Muchos organismos técnicos y políticos en los niveles mundiales, regionales y nacionales han estado implementando una variedad de intervenciones con diversos métodos para abordar una amplia variedad de factores relacionados con embarazos no intencionados en adolescentes. Las metas de estos organismos han incluido, entre otras: ayudar a adolescentes a cambiar los factores de riesgo psicosocial y factores protectores que implican la sexualidad; aumentar el conocimiento de las adolescentes sobre los riesgos y el uso constante y seguro de preservativos; y la formación de destrezas para respaldar su inclusión social y desarrollo personal.

En la actualidad, según demuestran varios estudios clínicos de la OMS (15) las partes interesadas, que varían desde padres de adolescentes, prestadores de salud y maestros hasta diseñadores de políticas deben comprender mejor cómo establecer programas que puedan ser prácticos, basados en evidencias, culturalmente adecuados, aceptables para adolescentes y que puedan garantizar buenos resultados en términos de metas que se deben lograr para la satisfacción de los involucrados, principalmente las adolescentes. Para que esto sea factible, los expertos establecen que las intervenciones deben abordar múltiples factores al mismo tiempo. Aun así, los estudios de evaluación de intervenciones específicas así como las revisiones y los meta-análisis de los efectos de las estrategias existentes no muestran una evidencia coherente sobre su efectividad. La revisión Cochrane (15) evalúa los efectos de las intervenciones de prevención o los embarazos no intencionados en adolescentes. Si bien no tiene en cuenta todos los aspectos necesarios para evaluar una intervención dirigida a cambiar comportamientos como una consecuencia de limitaciones de la bibliografía actual, la revisión es, no obstante, relevante y proporciona una consideración sobre el campo, lo que genera nuevas preguntas y la necesidad de otros diseños de estudio y técnicas de recopilación de datos para investigaciones futuras. El resultado primario medido fue el embarazo no intencionado. Entre las medidas de resultado secundarias se incluyeron: cambios informados en el conocimiento y las actitudes sobre el riesgo de embarazos no intencionados; inicio de relaciones sexuales; uso de métodos de anticoncepción, aborto, mortinato, morbilidad relacionada con el embarazo, aborto y parto; mortalidad relacionada con el embarazo, aborto y parto; e infecciones de transmisión sexual (incluidas infecciones por VIH).

Todos los estudios (15) incluidos fueron estudios clínicos controlados aleatorizados: 11 contaban con individuos aleatorizados, 26 contaban con grupos aleatorizados (escuelas, aulas y comunidades/vecindarios) y tres eran combinados (aleatorizados a nivel individual y de grupo). La duración del seguimiento varió de entre 3 meses y 4 años y medio. En los 41 estudios clínicos seleccionados, se reclutaron 95.662 participantes. La edad de los participantes varió de 9 a 19 años, excepto en cuatro estudios en los que la edad varió de 9 a 24 años (aunque el 75 % de los participantes se encontraban entre el límite de edad estipulado). En la mayoría de los estudios, los participantes eran hombres y mujeres. En cuanto al lugar, solo dos estudios se realizaron en países en vías de desarrollo y los demás, en países desarrollados. La mayoría de los estudios clínicos se realizaron en escuelas. En términos de tipos de intervención, las intervenciones educativas (tanto de educación sexual como de desarrollo de destrezas), el acceso a métodos de anticoncepción o a educación sobre anticoncepción, así como múltiples intervenciones (promoción educativa y sobre anticoncepción) conformaban las intervenciones básicas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de dos estudios clínicos (15) aleatorizados individualmente mostraron que el riesgo de embarazo no intencionado fue menor (aunque no estadísticamente significativo) entre aquellas mujeres que recibieron múltiples intervenciones (intervenciones de acceso a educación y a anticoncepción) (riesgo relativo [RR]: 0,72; IC 95 %: 0,51 a 1,03). Al mismo tiempo, cinco estudios clínicos aleatorizados por grupos ajustados según el efecto del diseño mostraron un riesgo menor de embarazo no intencionado en el grupo de intervención que en el grupo de control, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (RR: 0,50; IC 95 %: 0,23 a 1,09). No obstante, los análisis de sensibilidad que excluían estudios clínicos con altas tasas de deserción mostraron que el riesgo de embarazo no intencionado fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control (RR: 0,20; IC 95 %: 0,10 a 0,39). Además, un análisis que combinó estudios clínicos aleatorizados por grupo con estudios clínicos aleatorizados individualmente mostró un riesgo significativamente menor de embarazo no intencionado en el grupo de intervención que en el grupo de control (RR: 0,49; IC 95 %: 0,33 a 0,74).

El servicio madrileño de Salud, en su plan de Promoción de la Salud y Prevención, indicó que todo parece indicar que está aumentando el número de mujeres sin control de métodos anticonceptivos, existiendo diferencias en los comportamientos con respecto al aborto y al control de la anticoncepción según la procedencia de las mujeres. En nuestra Comunidad, más de la mitad de las IVE se realizan en mujeres nacidas fuera de España, residentes en nuestro territorio.

La actual Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid recoge varias actividades que se relacionan con la prevención de embarazos no deseados. En concreto, se trata de los servicios 201, 304, 305, 503 y 504.

- El servicio 201 “Promoción de la salud en la adolescencia”, dirigido a adolescentes entre 15 y 19 años, incluye, entre otros parámetros, la anamnesis y valoración funcional de la existencia o no de relaciones sexuales y uso del preservativo, y el haber recibido información/consejo/refuerzo sobre prevención de embarazos y prevención de enfermedades de transmisión sexual (uso de preservativo), al menos una vez cada dos años. Este Servicio presentó una cobertura de 10,69 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 304 “Información de métodos anticonceptivos”, dirigido a mujeres entre 20 y 49 años, incluye la anamnesis, valoración funcional, información y orientación sobre métodos anticonceptivos, incluyendo la píldora postcoital, al menos una vez cada dos años. Este Servicio presentó una cobertura de 6,81 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 305 “Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales”, dirigido a mujeres de 15 a 49 años, incluye la realización, en la primera visita, de anamnesis e información dirigida a descartar contraindicaciones absolutas y relativas de este tipo de métodos, además del control anual de ciertos parámetros. Este Servicio presentó una cobertura de 28,2 según la evaluación de Cartera de 2009.
- El Servicio 503 “Educación para la salud en centros educativos”, dirigido a centros que cubren todas las etapas formativas (colegios, institutos de educación secundaria, centros universitarios y de educación de adultos), incluye la realización de proyectos educativos (sin que se especifique la temática). En 2009 se realizaron 273 proyectos.
- El Servicio 504 “Educación para la salud con grupos”, dirigido a toda la población, incluye la realización de acciones educativas sobre temas de salud que se realicen con metodología grupal. En 2009 se realizaron 651 proyectos de este tipo.

### **3. Justificación:**

Al ser un problema notablemente extendido, con unas cifras que aumentan en vez de disminuir, y por las complicaciones derivadas de los embarazos en adolescentes, a nivel personal, familiar como social, es necesario crear una intervención basada en estudios validados para intentar revertir el problema lo máximo posible.

### **4. Objetivos:**

- a. Reducir un 5% los embarazos en adolescentes en el Instituto IES Ronda.
- b. Proporcionar conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual.
- c. Durante un año las adolescentes del instituto IES Ronda (Lleida) conocerán y participarán en un programa de prevención de embarazos no deseados.

### **5. Metodología:**

Se establecerán la pregunta o preguntas que abordaran el diseño de la intervención.

#### **5.1 Población diana:**

- Criterios de inclusión: chicos, entre 12 y 19 años, del instituto IES Ronda (Lleida); chicas, entre 12 y 19 años, que no hayan tenido ningún embarazo a término del instituto IES Ronda (Lleida); chicas, entre 12 y 19 años, que hayan padecido una IVE (ya que tienen un riesgo elevado de volver a quedarse en estado), del instituto IES Ronda (Lleida).
- Criterios de exclusión: chicas, entre 12 y 19 años, que hayan padecido un aborto espontáneo; chicos y chicas, entre 12 y 19 años, del instituto IES Ronda (Lleida) que no deseen participar en el programa.

#### **5.2 Profesionales de la salud a los que va dirigido:**

Enfermeras de atención primaria, médicos de familia, pediatras, matronas y ginecólogos. Aunque no sean profesionales de la salud, también pueden incluirse a los padres de los adolescentes, a los profesores de los colegios e institutos, y a personas que hayan pasado por la misma situación alguna vez.

### **5.3 Metodología de búsqueda:**

- Bases de datos: IME, OMS, Cuidatge, Cuiden, Medline Plus, BIREME (Adolec), CINHAL, ISBN, Centro de Documentación de Madrid, SARES (Servicio Aragonés de educación para la salud), Escuela Andaluza de Salud Pública, INDEX, CSIC, CDC, The Allan Guttmacher Institute, SEMFYC, BSR (Biblioteca de salud reproductiva de la OMS).
- Periodo de búsqueda: durante el mes de noviembre, se hizo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de estudios y artículos relacionados con el tema a desarrollar en el trabajo, se concretaron los objetivos en los cuales se centraría la intervención y se estableció el cronograma a seguir durante el desarrollo. El mes de diciembre se usó para incidir en el marco teórico y la justificación. Llegado enero, se comenzó el desarrollo metodológico y el planteamiento de la intervención y su evaluación. Durante los meses de febrero, marzo y abril, se estuvo desarrollando la intervención, la evaluación, la discusión y las conclusiones. Por último, en mayo, se hizo la preparación de la defensa del trabajo para su posterior exposición delante de un tribunal académico.
- Palabras clave: “embarazo”, “adolescente”, “prevención”, “estudios sobre el embarazo adolescente”, “métodos anticonceptivos”, “prevention”, “sex education”, “pregnancy in adolescence”.
- Inclusión/exclusión de artículos: para la selección se tuvo en cuenta que el material fuera de carácter oficial y de fuentes de información totalmente fiables y críticas, y debidamente referenciadas. Los artículos debían ser posteriores al año 2000 y que abordasen datos epidemiológicos, prevalencia/incidencia y una explicación detallada sobre los embarazos en adolescentes. Se excluyeron aquellos que trataban cualquier otro tema o que hablase sobre adolescentes pero no del embarazo.

#### **5.4 Síntesis de la evidencia encontrada**

Los estudios y artículos encontrados sobre la prevención en los embarazos adolescentes, tienen muchas similitudes en cuanto a las actividades a realizar para una buena promoción de la salud que cause que los jóvenes/adolescentes adquieran consciencia de que ciertas conductas de riesgo pueden provocarles unas consecuencias inesperadas y que pueden cambiar su vida en unos instantes. Por ello, he escogido, de entre todas las evidencias encontradas, aquellos documentos que han tenido mejores resultados y que he encontrado más relevantes para el tema tratado.

Así por ejemplo, una revisión sobre estudios clínicos de la OMS (15), explica que mostró que los resultados de dos estudios clínicos aleatorizados individualmente mostraron que el riesgo de embarazo no intencionado fue menor (aunque no estadísticamente significativo) entre aquellas mujeres que recibieron múltiples intervenciones (intervenciones de acceso a educación y a anticoncepción) (riesgo relativo [RR]: 0,72; IC 95 %: 0,51 a 1,03). Al mismo tiempo, cinco estudios clínicos aleatorizados por grupos ajustados según el efecto del diseño mostraron un riesgo menor de embarazo no intencionado en el grupo de intervención que en el grupo de control, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (RR: 0,50; IC 95 %: 0,23 a 1,09). No obstante, los análisis de sensibilidad que excluían estudios clínicos con altas tasas de deserción mostraron que el riesgo de embarazo no intencionado fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de control (RR: 0,20; IC 95 %: 0,10 a 0,39). Además, un análisis que combinó estudios clínicos aleatorizados por grupo con estudios clínicos aleatorizados individualmente mostró un riesgo significativamente menor de embarazo no intencionado en el grupo de intervención que en el grupo de control (RR: 0,49; IC 95 %: 0,33 a 0,74).

Por otro lado, el Plan de Promoción de la Salud y Prevención del Servicio Madrileño de Salud-Dirección General de Atención Primaria (16), estableció, para los años comprendidos entre 2011 y 2013, una Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria que recoge varias actividades que se llevaron a cabo como anamnesis y valoración sobre la existencia de relaciones sexuales y el uso del preservativo, conocer si han recibido información/consejo/refuerzo sobre los embarazos no deseados, informar/orientar sobre métodos anticonceptivos (incluyendo la píldora postcoital), propuesta de realización de proyectos/acciones educativas sobre temas de salud que se realicen con metodología grupal, cursos de formación continuada (sobre diversos ámbitos de salud), la instalación de máquinas



expendedoras de preservativos en las zonas de transporte público, y la creación de un sitio web en internet de formación/asesoramiento en materia de sexualidad orientado a los jóvenes/adolescentes.

Por último, cabe mencionar, también, el programa *TeenStar* (14), basado en la educación afectivo-sexual para adolescentes y adultos jóvenes, que se encarga de la formación de monitores y la duración es como mínimo de seis meses haciendo sesiones semanales de 60-90 minutos. Los contenidos del programa son el inicio de la vida humana, anatomía del sistema reproductor masculino y femenino, desarrollo físico y emocional del adolescente, el amor humano, educación de la voluntad y la asertividad, la intimidad, el significado de la sexualidad, el ciclo menstrual, análisis de los diferentes tipos de ciclo menstrual, reconocimiento de la fertilidad, el significado de la relación sexual, métodos de planificación familiar: acción, efectividad, efectos secundarios y aspectos éticos; enfermedades de transmisión sexual y talleres de consejería. Los resultados del programa aplicado muestran importantes logros: en un gran porcentaje, se evitó el inicio precoz de las relaciones sexuales. Anualmente, un 10% de los jóvenes inicia su actividad sexual. Dentro de un año de aplicación del programa sólo un 5.9% de los jóvenes participantes iniciaron su actividad sexual, esta baja es importante considerando que en el grupo control, es decir aquellos adolescentes que no participaron del programa, fue de un 14.4%. Además se obtuvo un importante logro en aquellos jóvenes que habían iniciado su vida sexual, ya que el 52.8% de los jóvenes que tenían una vida sexual activa al inicio del programa solo un 13.9% continuó con su actividad sexual. Es decir, un 39% de los jóvenes que al ingresar al programa estaban teniendo una vida sexual activa, dejan de tenerla.

## **6. Intervención**

Según el Reglamento (CE) nº1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo (15 de julio de 2003) relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países de desarrollo, se establecen los siguientes objetivos (17):

- Ofrecer a los adolescentes y a los jóvenes adultos programas educativos que se centren en la relación entre la planificación familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual y la influencia del VIH/sida sobre la vida en común, y proporcionarles la información, los servicios y la preparación necesarios para proteger su salud reproductiva y sexual y para evitar embarazos no deseados, y asociarlos a la elaboración y aplicación de los programas correspondientes.
- Permitir que las mujeres, los hombres y los adolescentes tengan acceso a una gama completa de servicios, suministros, educación e información de calidad (seguros, accesibles, asequibles y fiables en materia de salud reproductiva y sexual – incluida la información sobre todos los tipos de planificación familiar).
- Garantizar un mejor acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual de calidad ofreciéndoles, en especial, la opción de medidas anticonceptivas y la prevención y el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, así como servicios de asesoramiento y análisis voluntarios y confidenciales.
- Reducir el número de abortos inseguros disminuyendo el número de embarazos no deseados mediante la prestación de servicios de planificación familiar, el asesoramiento comprensivo y una adecuada información que incluya la utilización de métodos contraceptivos, así como invirtiendo en la formación y el equipamiento de personal adecuado, incluidos servicios médicos para tratar en condiciones higiénicas y seguras las complicaciones posteriores a un aborto inseguro.

El tipo de problema al que nos enfrentamos requiere un enfoque multifacético, ya que el problema tiene causas múltiples y es multidimensional. Las intervenciones no se deberían centrar solamente en los factores sexuales y sus consecuencias, más bien, deberían incluir los factores no sexuales como el desarrollo de habilidades y también el desarrollo personal. Por ello la intervención se basará en un programa con diversas actividades.

El programa será implantado en el instituto IES Ronda (Lleida) pero también se tendrá conocimiento del programa en los CAP cercanos. Tendrá una duración de 5 meses, con sesiones mensuales (una vez al mes) de tres horas por sesión (1'5 horas de teoría y 1'5 horas de práctica).

En primer lugar, es importante conocer a los adolescentes que van a recibir estas sesiones informativas, porque aunque el programa está hecho de manera generalizada, debemos individualizar en cuanto a cada caso particular. Puede haber adolescentes que necesiten más ayuda que otros y, la confianza que depositen en el profesional sanitario, para poder expresar sus sentimientos y sus miedos, acerca de un tema tan íntimo, puede llevar más o menos tiempo.

Por ello, necesitamos una recopilación de datos relacionada con el entorno de la persona. Para ello se preguntará directamente a los chicos y chicas, y los datos se registrarán en un programa de ordenador para poder hacer un seguimiento y si existe una evolución respecto a antes de la implantación del programa.

Para la anamnesis sexual (17) de los participantes en el programa, primero se pasará un cuestionario para ver sus conocimientos sobre el sexo, los métodos anticonceptivos y el tipo de información que reciben sobre sexualidad y dónde. Para ello, se pedirá al centro que se pase la hoja unos días antes de comenzar con la primera sesión, y así tener la información de antemano.

### **CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD**

1. Sexo (hombre/mujer)
2. Edad
3. ¿Sabes cuál es la edad en la mujer para iniciar las relaciones sexuales? ¿Crees que tiene que ver con otros factores a parte de la edad?
4. ¿Sabes cuál es la edad en el hombre para iniciar las relaciones sexuales? ¿Crees que tiene que ver con otros factores a parte de la edad?
5. ¿Vives con tus padres?
6. ¿Crees que es difícil que una chica se quede embarazada en la primera relación sexual?
7. ¿Has recibido algún tipo de educación sexual por parte de tus padres?
8. ¿Has recibido educación sexual en el instituto?
9. ¿Sabes qué es la menstruación?
10. ¿Conoces el aparato reproductor femenino y cómo funciona?
11. ¿Conoces el aparato reproductor masculino y cómo funciona?
12. ¿Conoces algún método anticonceptivo?
13. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?
14. ¿Sabes cómo se usan los métodos anticonceptivos?

15. ¿Sabes lo que son las enfermedades de transmisión sexual? ¿Conoces alguna?

Para evaluar el grado de desconocimiento, cada respuesta se valorará según correcta o incorrecta (17) para que el profesional pueda ver en qué asunto debe insistir más y de qué parte base para instaurar los conocimientos que se incluyen en el programa.

Es importante mostrar una actitud abierta y empática delante de el/la adolescente, sin dar lugar a prejuicios, intentando no indagar demasiado para no incomodarlo. Hemos de saber darle a cada uno el tiempo que necesite para hablar sobre el tema o contestar ciertas preguntas, para que vea que no tenemos prisa por finalizar (ya que eso no les daría ningún tipo de confianza en nosotros).

Después de este primer contacto con los jóvenes, ya tenemos algunos detalles importantes sobre los que incidir a lo largo del programa (siempre teniendo en cuenta que pueden presentarse complicaciones, ya que estamos tratando con adolescentes que suelen tener fases de inestabilidad emocional y social).

Se les informará sobre el programa, que contendrá las siguientes asignaturas que se irán desglosando durante el curso, siempre dejando lugar a que los jóvenes expresen sus dudas y ofreciéndoles nuestra ayuda en el caso de que necesiten comentar algo de forma particular con el profesional.

**Parte anatómico-fisiológica y conceptos. Contenido teórico del programa.**

Cambios durante la pubertad (18):

- Niñas: aumento en la estatura, ensanchamiento de las caderas, secreciones vaginales claras o blanquecinas, crecimiento de vello (pubis, axilas, piernas).
- Niños: crecimiento acelerado (sobre todo de estatura), crecimiento de vello (brazos, cara, pubis), crecimiento del pene, escroto y testículos; eyaculaciones durante la noche, cambios en la voz.

Información sobre los diversos métodos anticonceptivos, su eficacia y sus inconvenientes (19):

- Contracepción masculina: preservativo, marcha atrás, vasectomía.
- Contracepción femenina: píldora, progestágenos, métodos químicos locales (geles, espumas, esponjas, cremas), diafragma, preservativo femenino, DIU, pastilla del día después, ligadura de trompas, métodos naturales (basados en la abstinencia sexual durante el periodo pre-ovulatorio o periodo fértil del ciclo menstrual).

Reconocer los síntomas del embarazo:

- Retraso menstrual superior a diez días en una mujer sana, en edad fértil con ciclos regulares y espontáneos, aunque, en ocasiones, la clínica puede quedar enmascarada por pequeñas pérdidas hemáticas debidas a la implantación.
- Astenia.
- Trastornos del sueño.
- Náuseas y vómitos matutinos.
- Tensión y aumento mamario.
- Aumento de temperatura basal.
- Estrías abdominales.
- Aumento de pigmentación areolar y cutánea.□
- Micciones más frecuentes.
- Aumento o disminución del apetito.
- Acidez gástrica.
- Intolerancia a ciertos olores, al tabaco, a algunas comidas.
- Modificaciones del carácter.

Aprendizaje de conceptos relacionados con la sexualidad(20):

- Anticonceptivo. Eficacia anticonceptiva.
- Sexo.
- Sexualidad. Conducta sexual. Actitud sexual.
- Salud sexual. Píldora anticonceptiva.
- Género. Identidad de género.
- Orientación sexual. Identidad sexual.
- Vínculo afectivo.
- Prácticas sexuales. Comportamientos sexuales responsables.
- Respeto. Protección.
- Acoso. Explotación. Manipulación. Discriminación.

Riesgo/consecuencias del embarazo en una persona adolescente (21):

- Para la madre:
  - Nivel anatómico-fisiológico: mayor morbilidad durante la gestación, abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, pre-eclampsia/eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones

placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, desproporción cefálico-pélvica, cesárea.

- Nivel psicosocial: deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, perpetuación del ciclo de pobreza.
- Para el recién nacido:
  - Nivel anatómico-fisiológico: bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral.
  - Nivel psicosocial: mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional, repercusiones en el desarrollo psicológico-emocional.

Es necesario que se les haga comprender que los actos acarrearán consecuencias (que pueden ser muy graves en según qué situaciones y que son de por vida) que a veces no van a ser solucionadas por los adultos que están a su alrededor (padres, familiares, profesores, profesionales sanitarios).

El primer mes del programa, se hará una reunión individual con cada uno de los alumnos o en grupos pequeños (4-6 personas), para ir valorando los avances que están haciendo, cómo ven el programa, si les está ayudando y qué expectativas tienen ahora que lo conocen (esto nos ayudará a saber si está funcionando o si hay que hacer ligeros cambios en el enfoque de las asignaturas); y, también, se les irán pasando encuestas para que valoren la utilidad del programa y aquellas cosas que les gustaría que se introdujeran como parte del plan de estudios.

Una vez identificadas las personas de más riesgo, se les aconsejará una visita al centro de Atención Primaria, para una revisión de rutina, dónde se les podrá proporcionar preservativos por adelantado según considere el profesional.

Se propondrán reuniones periódicas tanto con los profesores de las escuelas como con los padres, para ver qué mejoras ven en sus alumnos/hijos.

Después de cada sesión, se pasará una hoja anónima para que los alumnos pongan dudas que tengan y así serán resueltas en las siguientes sesiones. Durante el desarrollo de las sesiones se les facilitará la dirección páginas web informativas que les podrían ser de ayuda, como algunas de las siguientes:

- **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.** Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011.

[www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf)

- **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.** Si no tomas precauciones, ¿sabes quien actúa? Campaña sobre salud sexual y jóvenes 2006.

[www.msc.es/campannas/campannas06/saludsexual.htm](http://www.msc.es/campannas/campannas06/saludsexual.htm)

- **Centro INJUVE de Salud Sexual.** Instituto de la Juventud.

[www.sexualidadinjuve.es](http://www.sexualidadinjuve.es)

## **TABLA RESUMEN**

<b>1. Intervención</b>	- Prevención del embarazo en adolescentes.
<b>2. Duración y distribución temporal de las sesiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 sesiones mensuales.</li> <li>- 3 horas por sesión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1'5 horas de parte teórica.</li> <li>• 1'5 horas de parte práctica.</li> </ul> </li> </ul>
<b>3. Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir un 5% de los embarazos en adolescentes en el Instituto IES Ronda.</li> <li>- Proporcionar conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual.</li> <li>- Durante un año las adolescentes del Instituto IES Ronda (Lleida) conocerán y participarán en un programa de prevención de embarazos no deseados.</li> </ul>
<b>4. Material teórico y didáctico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teórico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios durante la pubertad.</li> <li>• Información sobre los métodos anticonceptivos, su eficacia y sus inconvenientes.</li> <li>• Reconocer los síntomas del embarazo.</li> <li>• Aprendizaje de conceptos relacionados con la sexualidad.</li> <li>• Riesgo/consecuencias del embarazo en una persona adolescente.</li> </ul> </li> <li>- Didáctico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabla informativa sobre los métodos anticonceptivos.</li> <li>• Experiencia de adolescentes que han padecido una IVE.</li> </ul> </li> </ul>



- Experiencia de adolescentes que han sido madres y con qué complicaciones han debido convivir.
- Información sobre páginas web de interés sobre salud sexual.
- Libros para padres sobre el afrontamiento de la sexualidad de los hijos adolescentes.

## 5. Desarrollo de las sesiones

- **Reunión de padres:** antes del inicio del programa, se convocará una reunión para los padres de los alumnos, para hacer una breve presentación de los objetivos que se pretenden conseguir y las actividades que se llevarán a cabo en las sesiones.
- **Sesión 1:** en esta primera sesión se hablará sobre los cambios físicos y psicológicos que se suceden en la pubertad, para poder comentar las cosas normales que pueden sucederles durante esta etapa. Esto dará un poco de información a la enfermera para saber como piensan y sienten los estudiantes, qué tipo de tabúes existen entre los alumnos, qué cosas les dan miedo, etc.  
Al ser la primera toma de contacto con el grupo, el profesional intentará crear un clima de confianza en la sesión, ya que es importante que los adolescentes no se encierren en sí mismos y sean capaces de transmitir sus dudas. Ello nos beneficiará de cara a las siguientes sesiones.
- **Sesión 2:** en este día, se hablará sobre los métodos anticonceptivos a través del siguiente cuadro, que se irá comentando a medida que se les pasa a los alumnos los diferentes objetos para que vean como son y puedan analizarlos. De ésta manera sabrán identificarlos correctamente y sabrán donde pueden encontrarlos. Se planteará una serie de cuestiones al final de la clase para ver si lo han entendido correctamente, cómo enseñarles alguno de los métodos y que deban decir el nombre, para qué sirve y donde puede encontrarse. También se resolverán las dudas que tengan. Antes de abandonar el aula, se pasará una hoja donde deberán poner si les ha servido la clase y que es lo que más les ha gustado y lo que menos.

- 
- **Sesión 3:** al final de esta sesión, el objetivo será que se sepa reconocer la sintomatología de un embarazo. Por ello, este día sólo vendrán chicas. Se les explicará que el síntoma más característico es el retraso de más de diez días de la menstruación (sobre todo en las mujeres con ciclos regulares, aunque también puede quedar enmascarada por pequeñas pérdidas debido a la implantación del óvulo). También se encontraran más cansadas y somnolientas (astenia), pueden aparecer trastornos del sueño, náuseas y vómitos matutinos, tensión y aumento de los pechos, micciones más frecuentes, aumento/disminución del apetito, intolerancia a ciertos olores, etc.

Para ayudar a esta identificación, se pedirá a las alumnas que hayan sufrido una IVE que expliquen su experiencia, cómo se dieron cuenta, a dónde fueron, con quien lo comentaron, sus miedos, si usaron anticonceptivo o no en la relación sexual. De esta manera, las otras chicas podrán preguntarles las dudas que tengan y la enfermera podrá comentar que era lo que deberían haber hecho y en caso de que se encuentren en la situación cómo deben actuar (pero sobre todo recalcar que con una buena anticoncepción no se debería llegar a ese punto). Sería importante la participación de los padres, ya que se facilitarán folletos y trípticos con las diferentes Áreas Básicas de Salud (ABS o CAP) a los que pueden acudir cuando necesiten información y los centros de planificación familiar. También se les recomendarán libros a los padres en los que pueden encontrar ayuda para hablar con sus hijos sobre sexo y sexualidad.

- **Sesión 4:** en esta clase, se hablará de diversos conceptos que es importante que los adolescentes tengan sepan, entiendan y tengan en cuenta. Los temas a tratar serán los: sexo, sexualidad, conducta sexual, actitud sexual, salud sexual, género, identidad de género, orientación sexual, identidad sexual, vínculo afectivo, prácticas sexuales, comportamientos sexuales responsables, rol sexual, ETS, violación, respeto, protección, acoso, explotación, manipulación y discriminación.
-

- 
- **Sesión 5:** en esta última sesión, se hablará de los riesgos y consecuencias del embarazo en las madres adolescentes. La madre (a nivel anatómico-fisiológico) tiene mayor morbilidad durante la gestación, abortos, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, hipertensión gestacional, pre-eclampsia/eclampsia, escasa ganancia de peso, malnutrición materna, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, parto prematuro, rotura prematura de membrana, desproporción cefálico-pélvica, cesárea. El padre y la madre adolescentes (a nivel psicosocial) tienden a un aumento de la deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, perpetuación del ciclo de pobreza. Para el recién nacido, a nivel anatómico-fisiológico, tiene problemas como bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral; y, a nivel psicosocial, mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional, repercusiones en el desarrollo psicológico-emocional. Se invitará a un grupo de madres adolescentes (y, si es posible, a sus parejas) para que expliquen sus experiencias a los alumnos del programa y que éstos puedan preguntarles curiosidades o dudas que tengan sobre todo este tema.
-

### Reunión para padres

DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL ADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación de la Enfermera.</li><li>• Breve explicación de porqué se ha decidido implantar un programa sobre educación sexual basado varias sesiones. (objetivos)</li><li>• Cronograma de las sesiones.</li><li>• Presentación detallada en powerpoint de las sesiones.</li><li>• Turno de preguntas.</li></ul>	1 hora	<p>-Se les facilitará el nombre de diversos libros relacionados con el sexo y la sexualidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cómo hablar de sexo con los adolescentes para que te escuchen.</b> (Amber Madison, Editorial Oniro, 2012).</li><li>• <b>Sexo para adolescentes.</b> (VV.AA., Editorial Libsa, 2003).</li><li>• <b>Educación sexual: guía para un desarrollo sano.</b> (Encarnación López y Pedro Moreno, Editorial Pirámide, 2004).</li><li>• <b>Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo.</b> (VV.AA., Editorial Grao, 2005).</li></ul>

### Parte psicosocial. Desarrollo de las sesiones.

ACTIVIDADES	EVALUACION
<b>Sesión 1:</b> -Día 15 de Octubre de 2014. -Hora de inicio: 17h. -Duración: 3h. -Lugar: Instituto IES Ronda. -Explicación teórica de los cambios que suceden durante la pubertad a nivel psicológico y fisiológico. -Rol-playing: por parejas saldrán a exponer una situación relacionada con los cambios sufridos por la	-Examen al finalizar la sesión: <b>1. Es la etapa del ser humano donde se inicia su desarrollo:</b> a) Adolescencia. b) Pubertad. <b>2. ¿A qué edad se inicia la pubertad aproximadamente?</b> a) 9-10 años. b) 12-15 años. <b>3. Es un cambio en el hombre:</b> a) Menstruación. b) Sueños húmedos. <b>4. Periodo de sangrado en la mujer que se repite cada 28-30 días y que dura entre 3 y 5 días:</b> a) Menstruación. b) Amenorrea. <b>5. ¿Por qué una mujer tiene la menstruación?</b> a) Porque está embarazada. b) Porque no está embarazada.

pubertad. Previamente podrán haberla preparado un poco. Los demás alumnos observarán los problemas planteados.

-Debate: bajo la pregunta “¿qué hago cuando me siento así?”, se comentará entre todos la parte de Rol-playing y la enfermera les guiará sobre cómo manejar esos cambios antes planteados.

## **Sesión 2:**

-Día 15 de Noviembre de 2014.

-Hora de inicio: 17h.

-Duración: 3h.

-Examen al finalizar la sesión:

**1. ¿Son los métodos llamados naturales muy eficaces?**

- a) Sí.
- b) No.

**2. ¿Durante la semana de descanso de la píldora hay que usar otro método anticonceptivo?**

- a) Sí.
- b) No.

**3. ¿Las relaciones sexuales interrumpidas son eficaces?**

-Lugar: Instituto IES Ronda.	a) Sí. b) No.
-Explicación teórica de los métodos anticonceptivos, su eficacia y sus inconvenientes (véase Anejo 1).	<b>4. ¿Existen los preservativos femeninos?</b> a) Sí. b) No. <b>5. ¿Hay riesgo de embarazo la primera vez que se tiene una relación sexual?</b> a) Sí. b) No.
-Debate 1: ¿qué anticonceptivo prefieres o recomendarías? ¿Por qué?	
-Debate 2: ¿sabes dónde debes acudir en caso de que necesites anticoncepción de emergencia?	
<b>Sesión 3:</b> -Día 15 de Diciembre de 2014. -Hora de inicio: 17h. -Duración: 3h.	-Examen al finalizar la sesión: <b>1. De las afirmaciones siguientes, son síntomas de embarazo:</b> a) Retraso de la menstruación de más de 10 días, astenia, trastornos del sueño y del apetito, micciones más frecuentes. b) Mucha tos, dolor de huesos, dificultad en la respiración, dificultad en la deglución. c) Rigidez muscular, menstruaciones abundantes, dolor de estómago, inquietud. d) Descomposición, malestar general, migrañas intensas, erupciones cutáneas.

-Lugar: Instituto IES Ronda.	<b>2. Creo que estoy embarazada, ¿qué es lo que debo hacer?</b>
-Explicación teórica de los síntomas del embarazo para saber reconocerlo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Acudir al centro de Atención Primaria.</li> <li>b) Acudir al Hospital de Referencia.</li> <li>c) Acudir a Planificación familiar.</li> <li>d) Todas las respuestas anteriores son correctas.</li> </ul>
-Debate 1: ¿con qué pruebas se puede confirmar un embarazo?	<b>3. ¿Qué es una IVE?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Instituto Valenciano de Estadística.</li> <li>b) Interrupción Voluntaria del Embarazo.</li> <li>c) Instituto Voluntario Español.</li> <li>d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.</li> </ul>
-Debate 2: ¿dónde puedo acudir si estoy embarazada?	<b>4. Se puede practicar una IVE cuando:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Voy a salir de fiesta.</li> <li>b) Después de las comidas.</li> <li>c) Estoy embarazada y quiero tener el bebé.</li> <li>d) Estoy embarazada y no quiero tener el bebé.</li> </ul>
-Grupo de adolescentes que han padecido un IVE, explicarán su experiencia al resto de los asistentes.	<b>5. Un embarazo se puede confirmar con:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Prueba de orina.</li> <li>b) Analítica sanguínea.</li> <li>c) Reconocimiento ginecológico.</li> <li>d) Todas las respuestas anteriores son correctas.</li> </ul>
<b>Sesión 4:</b>	-Examen al finalizar la sesión:
-Día 15 de Enero de 2014.	<b>1. ¿Cuál de las siguientes opciones es una disciplina de las ciencias sociales que está</b>



	<b>relacionada con la sexualidad?</b>
-Hora de inicio: 17h.	a) Psicología.
	b) Biología.
-Lugar: Instituto IES Ronda.	c) Anatomía.
	d) Fisiología.
-Explicación teórica de los siguientes conceptos: sexo, sexualidad, conducta sexual, actitud sexual, salud sexual, género, identidad de género, orientación sexual, identidad sexual, vínculo afectivo, prácticas sexuales, rol sexual, ETS, comportamientos sexuales responsables, respeto, protección, acoso, violación, explotación, manipulación, discriminación.	<b>2. ¿Qué significa la palabra sexo?</b> a) Es tener relaciones genitales. b) Es la división de géneros (hombre/mujer). c) Son los comportamientos del ser humano. d) Es el estudio de la sexualidad humana.
	<b>3. ¿Qué es rol sexual?:</b> a) Es el patrón de conductas establecidas para hombre y mujer. b) Es ser homosexual. c) Es el ser masculino o femenino. d) Es la glándula anexa al aparato sexual masculino.
	<b>4. ¿Qué significa ETS?</b> a) Estudios Totales Sexuales. b) Enfermedades de Transmisión sexual. c) Estado Tántrico Sexual.
	<b>5. Son algunas ETS:</b> a) Cáncer pulmonar, gastritis, obesidad. b) Pie de atleta, diarrea, dolor de cabeza.
-Debate 1: ¿estoy suficientemente informado	

sobre las ETS y cómo se transmiten?

c) Gonorrea, sífilis, linfogranuloma venéreo.

-Debate 2: ¿cómo puedo reconocer el acoso por parte de otra persona?

### **Sesión 5:**

-Examen al finalizar la sesión:

-Día 15 de Febrero de 2014.

#### **1. ¿Por qué puede ocurrir un embarazo en la adolescencia?**

-Hora de inicio: 17h.

- a) Falta de orientación sexual.
- b) Baja autoestima.
- c) Relaciones sexuales a temprana edad.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

-Duración: 3h.

#### **2. ¿Cuáles pueden ser las complicaciones de un embarazo adolescente?**

-Lugar: Instituto IES Ronda.

- a) Riesgo alto de muerte para la madre y para el bebé.
- b) Bebés con bajo peso al nacer.
- c) Que la madre se contagie con una ETS.
- d) a y b son correctas.

-Explicación teórica de los riesgos y consecuencias de un embarazo en adolescentes.

#### **3. Los padres adolescentes:**

-Grupo de madres adolescentes explicarán su

- a) Viven felices.
- b) No tienen problemas ni sociales ni psicológicos.
- c) Sufren deserción escolar, perpetuación del ciclo de pobreza, mayor número de hijos, fracaso en la relación de pareja.

experiencia.

d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

**4. Los problemas que puede padecer un bebé de padres adolescentes son:**

- a) Ceguera y epilepsia.
- b) Que viva en una casa pequeña.
- c) Sufrir maltrato físico y emocional.
- d) a y c son correctas.

**5. ¿Por qué crees que hay tanto índice de adolescentes embarazadas?**

- a) Por falta de información.
- b) Por ser inconscientes.
- c) Por problemas familiares.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

## 7. Evaluación de la intervención

Para evaluar la eficacia de la intervención se tendrán en cuenta diversos criterios como los siguientes:

**-Objetivo:** reducir un 5% los embarazos en adolescentes del Instituto IES Ronda.

- Evaluación: antes del inicio del programa, la enfermera se dirigirá a la Dirección del CAP de 1r de Maig (que es el Área Básica de Salud que abarca los usuarios de la zona del Instituto IES Ronda) para pedir permiso para poder acceder a los datos de la población adolescente. Una vez obtenidos los datos, se calculará el porcentaje de consultas por embarazos no deseados en adolescentes. Después de la finalización del programa, la enfermera realizará los mismos pasos para calcular si se ha reducido el porcentaje del 5% de embarazos no deseados en los adolescentes del Instituto IES Ronda.

**-Objetivo:** proporcionar conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual.

- Evaluación:
  - Se valorará el número de actividades realizadas frente a las programadas, y el cumplimiento del cronograma propuesto.
  - Se valorará si el material teórico y didáctico es el adecuado para un correcto aprendizaje, añadiendo la pregunta “¿es suficiente el material teórico y didáctico que se ha usado en las sesiones?” al cuestionario que se usará para valorar la implantación del programa.

**-Objetivo:** durante un año las adolescentes del instituto IES Ronda (Lleida) conocerán y participarán en un programa de prevención de embarazos no deseados.

- Evaluación:
  - Debe haber un mínimo de asistencia al 80% de las sesiones, por parte de los alumnos.
  - Debe haber un mínimo del 70% de los padres de los alumnos que asistan a la reunión para padres.
  - Se valorará que el alumno llegue puntual a 4 de las 5 sesiones.

**-Sesiones.**

- Evaluación: para ello, al final de cada sesión se pasará un examen con 5 preguntas donde deberán marcar con una cruz la respuesta correcta. Se considera aprobado con 3 respuestas correctas de 5.

### **-Implantación del programa.**

- Evaluación: para valorar la implantación (22) en el contexto en el que se aplica, se pasará el cuestionario que se expone a continuación, con preguntas de que deberán valorar del 1 al 6 (1 = poco / 6 = mucho).

PREGUNTAS	VALORACIÓN (1 al 6)
La duración del programa ha sido la adecuada.	
Las actividades prácticas me han gustado.	
El programa me ha ayudado a reflexionar sobre ciertas cuestiones tratadas.	
El programa puede ayudarme en mi vida cotidiana.	
He aplicado algo de lo aprendido en el programa.	
He aprendido cosas interesantes con el programa.	
La profesora se ha explicado bien en las clases.	
El grado en el que me ha gustado cómo ha dado las clases ha sido:	
Me han gustado las técnicas de resolución de problemas explicadas.	
Me ha gustado la información sobre sexualidad.	
Valoración general del programa (¿qué mejorarías? ¿Te ha quedado alguna duda?).	
¿Es suficiente el material teórico y didáctico que se ha usado en las sesiones?	

**-Eficacia del programa.**

- Evaluación: antes de la primera sesión se pasará un papel anónimo con las preguntas que hay a continuación, relacionadas con el sexo, el embarazo y los anticonceptivos, para ver qué información es la que tienen y que cosas desconocen. Después de la última sesión, se volverá facilitar las mismas cuestiones.

**CUESTIONARIO SOBRE SEXUALIDAD**

1. Sexo (hombre/mujer)
2. Edad
3. ¿Sabes cuál es la edad en la mujer para iniciar las relaciones sexuales?  
¿Crees que tiene que ver con otros factores a parte de la edad?
4. ¿Sabes cuál es la edad en el hombre para iniciar las relaciones sexuales?  
¿Crees que tiene que ver con otros factores a parte de la edad?
5. ¿Vives con tus padres?
6. ¿Crees que es difícil que una chica se quede embarazada en la primera relación sexual?
7. ¿Has recibido algún tipo de educación sexual por parte de tus padres?
8. ¿Has recibido educación sexual en el instituto?
9. ¿Sabes qué es la menstruación?
10. ¿Conoces el aparato reproductor femenino y cómo funciona?
11. ¿Conoces el aparato reproductor masculino y cómo funciona?
12. ¿Conoces algún método anticonceptivo?
13. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?
14. ¿Sabes cómo se usan los métodos anticonceptivos?
15. ¿Sabes lo que son las enfermedades de transmisión sexual? ¿Conoces alguna?

## **8. Discusión**

Según la evidencia, se ha demostrado que las intervenciones únicas no son efectivas, y que las combinaciones de intervenciones para mejorar el acceso a educación y anticoncepción (15), pueden desempeñar un rol clave en la reducción de embarazos no intencionados en adolescentes. Al mismo tiempo, otros resultados relacionados (como tasas de aborto o cambios en el conocimiento y las actitudes sobre el riesgo de embarazos no intencionados) que también deben cambiar para poder reforzar el efecto esperado de reducir los embarazos no deseados de una manera integral no representan resultados concluyentes.

El objetivo de todos los esfuerzos dirigidos a las adolescentes debe ser darles la mejor oportunidad de desarrollarse tanto a nivel personal como social. Las intervenciones implementadas en las escuelas, la comunidad o los centros de atención de la salud que tienen como objetivo cambiar cualquier variable de proceso o de resultado relacionada con las conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes deben tomar en consideración las oportunidades económicas y sociales disponibles para las adolescentes, así como sus valores culturales.

Limitaciones del trabajo: al ser una situación hipotética en la cual no existen resultados (ya que no se ha llevado a cabo, ni se ha implantado) no podemos basarnos en unas cifras que demuestren que hemos conseguido los objetivos propuestos para la intervención. En un contexto real, nos podemos encontrar con la resistencia de los padres y de la comunidad a poder implantar intervenciones de este tipo, ya que es un tema tabú que genera incomodidad. También se debe lidiar con los prejuicios individuales e institucionales y la falta de interés por parte de los adolescentes al no considerar realmente la importancia que puede tener la sexualidad en sus vidas y no lo viven como una necesidad.

## **9. Conclusiones**

- La adolescencia es una etapa de desarrollo, en el cual se producen cambios a nivel fisiológico que estresan al adolescente. Está más susceptible a todo.
- Cuando se valora al adolescente debe tenerse en cuenta su entorno más inmediato, como su familia y amistades, para poder reconocer de forma precisa los casos de riesgo.
- Los cambios hormonales y las influencias externas, los llevan a creerse invulnerables y adoptan conductas inadecuadas que les causan complicaciones que no habrían previsto.
- La causa más importante del embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual agravada por la deficiente comunicación.
- Familia, salud y educación son los pilares esenciales para que los adolescentes tengan una buena formación sexual.
- El embarazo precoz no solo es sinónimo de rechazo social, es además sinónimo de riesgo vital, en mayor proporción para la adolescente y de igual riesgo para el bebé.
- Con los adolescentes el trabajo debe ser puntual, creciente, paciente y sobre todo, constante; para poder mejorar la salud sexual y reproductiva de futuras generaciones.
- Una opción importante es que los adolescentes aprendan a tomar las mejores decisiones en su beneficio.
- La madre y el padre adolescentes no suelen tener una formación académica adecuada, y el embarazo los lleva a fracaso escolar o abandono.
- El exceso de información no significa que los adolescentes sean consecuentes con sus actos, ni que sepan como usar esa información.
- De la bibliografía encontrada, los estudios que obtuvieron mejores resultados fueron aquellos que: se centraron en enseñar conductas saludables que incluyan a los padres para lograr su mayor participación y para mejorar el nivel de comunicación con los adolescentes; confrontar las influencias sociales y el entrenamiento en técnicas de negación consistentes y adecuadas a su edad y entorno social.



## 10. Bibliografía

1. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
2. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" – Rodriguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
3. S. Lora Vargas, O. Torres Yajahuanca. Embarazo adolescente. Cuidados en salud materno-perinatal. Chiclayo (Perú): Escuela profesional de enfermería. Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2009.
4. Euroresidentes. "Adolescencia. Las distintas etapas de la adolescencia"; Available at: <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>
5. Medline Plus. "Pubertad". 2011; Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/puberty.html>
6. R. Issler DJ. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina 2001(107):11-23.
7. Proyecto Europeo SAFE II (Sexual Awareness for Europe)-Federación de Planificación Familiar Estatal. Factores que influyen en el embarazo de adolescente y jóvenes. 2008-2013 Madrid.
8. Blasco A, Gil G, Moreno A, Comas D, Parella S. Informe Juventud (España). 2008.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual. 2009.
10. Delgado M, Barrios L, Cámara N, Zamora F. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Una investigación del CSIC aporta datos por comunidades autónomas sobre la maternidad adolescente. 2011.
11. Observatori del Sistema de Salut a Catalunya (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut). Informe de Salut de Catalunya. 2011; Available at: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce\\_informe\\_salut/Fitxers\\_estatics/Informe\\_salut\\_2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossce_informe_salut/Fitxers_estatics/Informe_salut_2011.pdf).
12. Salamanca A. El Periódico Mediterráneo. Los embarazos de menores de 15 años crecen un 76% entre el 2001 y el 2005. 2007.
13. Ros C, Miret M, Rué M. Gaceta Sanitaria. Estudio descriptivo sobre el uso de la

- anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una zona urbana. 2009;23(6).
14. Aranda E, Valera C. E-aquinas. El programa TeenSTAR para la educación afectivo-sexual. Instituto Santo Tomás (Fundación Balmesiana) 2007 Mayo-Junio.
  15. Ramos, S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de agosto de 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
  16. González, Á.; Sanz, M.; Llorente, I.; Gallego, A.; Rico, M.; Génova, R.; Carlos, J.; Negro, Á.; Sáez, E.; Zafra, M.; Arranz, M.: "Promoción de la salud materno-infantil, prevención de minusvalías mediante cribado y prevención de embarazos no deseados"-Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria-Plan de promoción de la salud y prevención; Madrid; 2011-2013.
  17. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento (CE) nº1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países de desarrollo. 15 julio de 2003.
  18. Armendáriz A, Medel B. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Facultad de Enfermería y Nutriología (Universidad Autónoma de Chihuahua). 2010.
  19. Tango I. Pubertad y adolescencia. 2012; Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001950.htm>.
  20. Ramos A. Conocimiento y prevención del embarazo en adolescentes como tarea social de promotores comunitarios de Salud . 2009.
  21. OMS. Sexualidad. Conceptos básicos de sexualidad. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción.; 2011.
  22. Tisiana L. Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Riesgos en el embarazo adolescente. 2006(153):13-17.
  23. González A, Barca A, Seijas S, Muñoz P, Garabito M. Evaluación del programa experimental de educación para la salud, prevención de las drogodependencias, crecimiento y desarrollo personal. Universidad de A Coruña. Revista Gallego-Portuguesa de Psicología y Educación. 2003;9(7):183-215.

## 11. Anejos

### Anejo 1. Tabla sobre los métodos anticonceptivos.

Método	Confiabilidad	Cómo se usa	Efectos secundarios	Disponibilidad
La píldora	+++	Se debe tomar todos los días a la misma hora durante tres semanas y se deja una de descanso para la menstruación.	Náuseas, dolor de cabeza, pechos tensos, depresión, aumento de peso y sangrado entre dos periodos durante los primeros meses. Suelen desaparecer espontáneamente.	Farmacia (con receta médica).
La mini-píldora	+++	Tiene que tomar una mini-píldora todos los días a la misma hora. No hay una semana de pausa.	Manchado o sangrado entre periodos durante los primeros meses.	Farmacia (con receta médica).
Inyección anticonceptiva prolongada	+++	Requiere una inyección del médico cada 3 meses (12 semanas).	Goteo o pérdidas de sangre entre periodos durante los primeros meses. Puede aumentar de peso. La menstruación puede disminuir o desaparecer por un tiempo indefinido.	Farmacia (con receta médica).
Inyección anticonceptiva mensual	+++	Requiere una inyección mensual del médico.	Parecidos a los de la píldora.	Farmacia (con receta médica).
Implante	++++	Colocado por un médico.	Parecidos a los de la píldoras.	Farmacia (con receta médica).

		Protege durante 5 años.		
Anillo vaginal	+++	Se coloca el anillo en la vagina durante 3 semanas. Después debe dejarse una semana fuera para la menstruación.	Parecidos a los de las píldoras.	En algunas farmacias con receta médica.
Parche anticonceptivo	+++	Se pega un parche por semana durante 3 semanas. Después viene una semana de pausa.	Parecidos a los de las píldora.	Farmacia (con receta médica).
La T con hormona	+++	Colocado por un médico. Protege durante 5 años.	La inserción puede ser un poco dolorosa. Durante los primeros meses, la menstruación puede ser más larga e intensa. Los efectos secundarios debidos a las hormonas (dolor de cabeza, náuseas, etc.) son menos fuertes que los de los otros métodos hormonales.	Farmacia (con receta médica).
La T de cobre	+++	Colocado por un médico. Protege entre 3 y 10 años.	La inserción puede ser un poco dolorosa. Durante los primeros meses, la menstruación puede ser	Farmacia (con prescripción médica).

			más larga e intensa. No tiene los efectos secundarios debido a las hormonas.	
Preservativo masculino	+++	Fácil de usar con poca práctica.		Farmacia, tiendas y supermercados (no es necesaria la receta médica).
Preservativo femenino	+++	Fácil de usar con poca práctica.		En algunas farmacias.
Esterilización femenina	++++	Intervención quirúrgica.	Sin efectos secundarios.	Hospitales públicos y privados.
Esterilización masculina (vasectomía)	++++	Intervención quirúrgica.	Sin efectos secundarios.	Hospitales públicos y privados.
Métodos naturales	+	Es necesario un conocimiento elevado de su cuerpo, experiencia y disciplina. Peligro en las mujeres con ciclo irregular.	Sin efectos secundarios.	

